



TRATAMIENTO DEL RESFRIADO COMÚN Y DE LA GRIPE

DEFINICIÓN

GRIPE: Infección viral (Myxovirus Influenzae), que presenta fiebre de inicio rápido y temperatura superior a 38-38.5°C, cefalea, tos y dolores articulares y musculares. Normalmente aparece en forma de epidemia en invierno. Se transmite por vía aérea. La gripe es de declaración obligatoria.

RESFRIADO COMÚN: Infección viral (Rinovirus) que afecta normalmente las vías respiratorias altas donde la fiebre y la cefalea es poco común y se acompaña de síntomas como la rinorrea, congestión nasal, estornudos, tos seca y dolor de garganta. Puede presentarse en cualquier época del año. La transmisión es por vía aérea y por contacto directo con las secreciones respiratorias de los afectados.

CUADRO DIFERENCIAL

SÍNTOMAS	RESFRIADO	GRIPE
FIEBRE	Poco común	Inicio rápido, dura 3-4 días, temperatura >38.5 °C
DOLOR DE CABEZA	Poco común	Fuerte
DOLORES MUSCULARES Y ARTICULARES	Suaves	Pronunciados
AGOTAMIENTO Y DEBILIDAD	Suave	Fuerte al principio. Puede durar 2-3 semanas
RINORREA/CONGESTIÓN NASAL	Muy común	Extraño
ESTORNUDOS	Muy común	Extraño
TOS	Suave-moderada Tos seca	Muy común Aparece al bajar fiebre
DOLOR GARGANTA	Muy común	Extraño
COMPLICACIONES	Sinusitis/Otitis	Bronquitis/Neumonía

En general, los síntomas gripales y la gripe se tratan con medicamentos que atenúan o palian los síntomas de la enfermedad mientras ésta sigue su curso. De modo que son las defensas del organismo las que se encargan de eliminar los virus. Actualmente, el arsenal terapéutico español, dispone además de la vacuna, de 2 medicamentos específicos para el tratamiento de la gripe. Uno de ellos (amanatadina) también posee la indicación de la prevención aunque la medida preventiva más eficaz sigue siendo la vacuna, que debe aplicarse anualmente.

El tratamiento de los síntomas gripales consiste en aplicar una serie de medidas farmacológicas y no farmacológicas que atenúen o contrarresten dichos síntomas. Las medidas no farmacológicas más importantes son:

1. lavarse con frecuencia las manos
2. utilizar pañuelos desechables
3. no frotarse los ojos con las manos
4. recordar la conveniencia de la vacuna antigripal
5. aumentar la ingesta de líquidos (caldos, zumos). Dieta ligera
6. evitar el consumo de tabaco y alcohol

Comité de Redacción de "The Pharmaceutical Letter":

Gloria Alba (FCH) • Joan Altimiras (FCH) • Manel Ballester (Cardiólogo) • Josep Barrio (Infectólogo) • Xavier Bonafont (FCH) • Joaquim Bonal (FCH) • Patricia Bravo (FCH) • Neus Caelles (FCC) • Daniel Cardona (FCH) • Federico Castillo (FCH) • Isabel Castro (FCH) • Anna Clopés (FCH) • Alfonso Domínguez-Gil (Catedrático Universidad de Salamanca) • Rosa Farré (FCH) • M.^a José Faus (Prof. Titular Universidad de Granada) • Benet Fité (FCC) • Jordi Foncuberta (Hematólogo) • Miquel Franco (Internista) • Pilar Gascón (FCC) • José Ibáñez (FCC) • Francesc Jané (Farmacólogo Clínico) • Rosa Jordana (FCH) • Fernando Fernández Llimós (FCC) • Milagros García (FCH) • M.^a Antonia Mangués (FCH) • Francisco Martínez (FCC) • Indro Mattei (FCC) • Lluís Mendarte (FCH) • Josep Monterde (FCH) • M.^a Estela Moreno Martínez (FCH) • Margarita Ramoneda (FCH) • M.^a Luisa Sala (FCH) • Joaquim Sanchís (Neumólogo) • Amparo Santamaría (Hematóloga) • Laura Tuneu (FCH) • Guillermo Vázquez (Internista e Intensivista)

(FCH) = Farmacéutico Clínico Hospitalario - (FCC) = Farmacéutico Clínico Comunitario

7. evitar locales cerrados y cambios bruscos de temperatura
8. humidificación del ambiente
9. reposo, aunque no es necesario guardar cama

Como tratamiento farmacológico paliativo de los síntomas, se utilizan los denominados antigripales, que contienen analgésicos /antipiréticos y/o descongestionantes sistémicos y/o antihistamínicos, y/o antitusígenos. La mayoría de estos productos se encuentran formulados dentro de una misma especialidad farmacéutica. También se pueden utilizar simultáneamente en función de los síntomas, mucolíticos /expectorantes, antisépticos bucofaríngeos y descongestionantes tópicos.

Los **descongestionantes tópicos** son agentes simpaticomiméticos que provocan la constricción de las arterias y por consiguiente reducen el flujo sanguíneo, disminuyendo la congestión nasal. El principal efecto adverso es el efecto rebote, que se atribuye a la irritación local que producen y también a la potente vasoconstricción.

En general, los descongestionantes tópicos de elección son los que presentan una duración de acción más prolongada (8-12 horas) como son la oximetazolina y la xilometazolina.

Los **descongestionantes sistémicos** son aminas simpáticas que se administran por vía oral y que después de su amplia distribución llegan a la mucosa nasal donde ejercen su acción vasoconstrictora, a diferencia de los descongestionantes tópicos, los sistémicos no presentan el efecto de rebote puesto que su capacidad de vasoconstricción es menos importante y tampoco producen irritación local. Actualmente, la utilización de estos principios activos dentro de los preparados antigripales es controvertida. De hecho, la FDA ha retirado los productos que contienen un descongestionante sistémico denominado fenilpropanolamina, puesto que, altas dosis han demostrado aumentar la incidencia de hemorragia cerebral. En España, la Agencia Española del Medicamento, recomienda no superar los 100 mg al día. Este efecto adverso se ha atribuido a la fenilpropanolamina, por que en el mercado americano este principio activo estaba disponible a dosis mayores para el tratamiento de la obesidad, como anorexígeno. Es posible que éste no sea un efecto adverso derivado sólo de la fenilpropanolamina, sino también de muchas otras aminas simpáticas, cuando se administran por vía oral a altas dosis.

Antihistamínicos; la acción terapéutica de los antihistamínicos en los procesos gripales está controvertida, parece que su inclusión en estos preparados puede ser debida a sus efectos anticolinérgicos, los cuales disminuyen la cantidad de moco segregado aliviando la rinorrea. La relación riesgo-beneficio no es equilibrada en el sentido que dichos productos ofrecen numerosos efectos secundarios como la somnolencia, la sequedad de boca, la retención urinaria, visión borrosa o estreñimiento. Están contraindicados en los pacientes con glaucoma e hipertrofia prostática benigna. Por supuesto, también en todos los pacientes que manejen maquinaria peligrosa, conduzcan vehículos o beban alcohol.

Teniendo en cuenta las características de los principales componentes de los productos antigripales, se deduce que el tratamiento de los síntomas gripales siempre será individualizado y evitaremos especialidades farmacéuticas (EF) que contengan muchos principios activos (cócteles), excepto en síntomas múltiples bien determinados ya que, normalmente, están infradosificadas en uno o varios de sus principios activos. Es muy importante conocer las dosis de las especialidades farmacéuticas.

PROTOCOLO:

Delante de una consulta sobre un posible resfriado común o gripe, el farmacéutico debe preguntar antes de aconsejar y deberá aconsejar antes de dispensar.

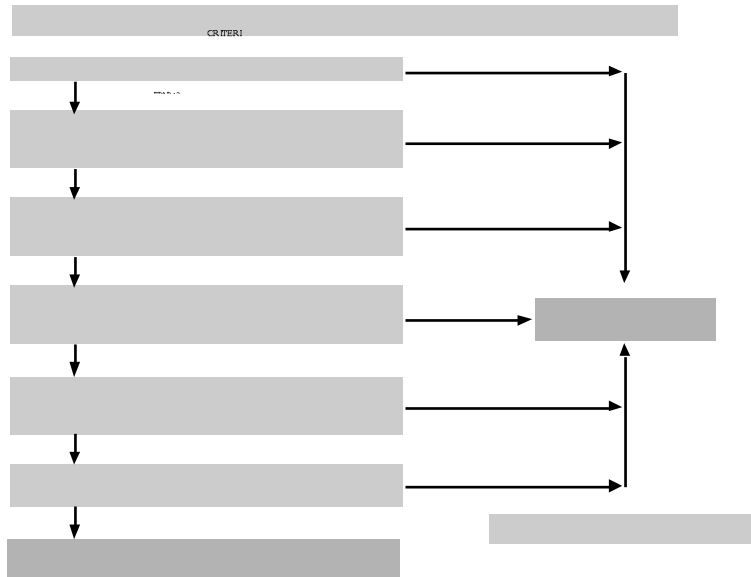
• ¿Qué debemos preguntar?:

1. *¿Para quién es? (adulto, niño, mujer embarazada o lactante, o anciano)*
2. *¿Qué síntomas tiene y desde cuándo? ¿Cómo aparecieron estos síntomas?*
3. *¿Padece alguna enfermedad crónica? o ¿Está tomando alguna medicación?*
4. *¿Utiliza maquinaria peligrosa en el trabajo o conduce muchas horas al día?*

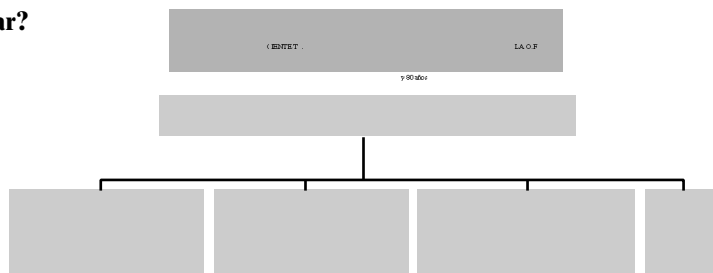
En base a las respuestas que nos dé el paciente podremos distinguir si debemos aconsejar alguna especialidad o bien si debemos derivarlo al médico.

Criterios de derivación al médico:

- niños menores de dos años y ancianos mayores de ochenta
- fiebre superior a 38-38.5 °C con dolor articular y muscular que nos hará pensar en una gripe. Podremos aconsejar tratamiento con analgésico-antitérmico siendo el paracetamol el de elección.
- dolor de garganta agudo y aislado de más de dos semanas de duración
- dolor de oído
- dolor facial y/o frontal intenso, por posible sinusitis
- esputos purulentos
- si padece alguna enfermedad respiratoria o cardíaca crónica o si hay signos evidentes de desnutrición
- **cuando los síntomas duren más de siete días o si no mejoran en una semana de tratamiento correcto**



¿Qué debemos aconsejar?



Podemos tratar todos los síntomas o aquellos que mas molesten al paciente para poder desarrollar su actividad diaria.

¿Que síntomas tiene?

SINTOMA	MEDICACIÓN ACONSEJABLE	PRINCIPIOS ACTIVOS
MALESTAR GENERAL	ANALGÉSICOS /ANTITÉRMICOS	Paracetamol / AAS / Ibuprofeno
SECRECIÓN NASAL	ANTIHIISTAMÍNICOS	Clorfenamina / Bromferinamina / Triprolidina / Dexclorfeniramina
CONGESTIÓN NASAL	DESCONGESTIVOS Tópicos, Orales	Solución Salina / Fenilefrina / Oximetazolina / Xilometazolina
TOS	ANTITUSÍGENOS MUCOLITICOS / EXPECTORANTES	Dextrometorfano Ambroxol / Carbocisteína...
DOLOR GARGANTA	ANTISÉPTICOS BUCALES DEMULCENTES ANALGÉSICO-ANTIINFLAMATORIOS	Clorhexidina...

MALESTAR GENERAL

El paracetamol es de elección por tener la misma eficacia analgésica y menos efectos secundarios.

ANALGÉSICO ANTIPIRÉTICO	DOSIFICACIÓN		
	2-6 años	6-12 años	ADULTO
PARACETAMOL	120-250 mg / 4-6 h. 10 mg/Kg / 6 h.	250-500 mg / 4-6 h. 10 mg/Kg / 6 h.	500 mg - 1 g. cada 4-6 h. máx. 4 g/día
A.A.S.	10 mg/Kg / 4 h.	10 mg/Kg / 4 h.	325-650 mg / 4 h.
IBUPROFENO		5-10 mg/Kg / 6-8 h máx. 40 mg/Kg / 6 h	400 mg / 6-8 h. máx. 1.2 g/día

RINORREA

El hecho que la rinorrea en un proceso catarral no esté mediada por la histamina hace que algunos protocolos no contemplen el uso de los antihistamínicos. Aunque hay estudios que demuestran que su eficacia es superior a la del placebo quizá por su efecto anticolinérgico y sedante.

ANTIISTAMÍNICOS	DOSIFICACIÓN		
	2-6 años	6-12 años	ADULTO
CLORFENAMINA MALEATO	1 mg / 4-6 h. máx. 6 mg/día	2 mg / 4-6 h. máx. 12 mg/día	4 mg / 4-6 h. 24 mg/día
TRIPROLIDINA	A partir 4 años: 1 mg / 6-8 h. máx. 4 mg/día	1.25 mg / 6-8 h. máx. 6 mg/día	2.5 mg / 6-8 h. máx. 10 mg/día
BROMFENIRAMINA MALEATO		2 mg / 4-6 h. 12 mg/día	4 mg / 4-6 h. máx. 24 mg/día
DEXCLORFENIRAMINA MALEATO	0.5 mg / 4-6 h. máx. 3 mg/día	1 mg / 4-6 h. máx. 6 mg/día	2 mg / 4-6 h. 6 mg / 12 h (forma retard)
DIFENHIDRAMINA	6.25 mg / 4-6 h. máx. 38 mg/día	12.5-25 mg / 4-6 h. máx. 150 mg/día	25-50 mg / 4-6 h. máx. 300 mg/día

En los casos detallados a continuación escogeremos, a ser posible, una especialidad farmacéutica sin antihistamínico:

- hipertrofia prostática
- tratamiento con antidepresivos tricíclicos/IMAO
- glaucoma de ángulo cerrado
- epilepsia
- trabajo con maquinaria peligrosa
- muchas horas de conducción
- asma
- embarazo y lactancia.

CONGESTIÓN NASAL

Para aliviar la congestión nasal podemos utilizar los descongestivos orales y los tópicos. Se prefiere utilizar estos últimos por tener, una acción más rápida y menos efectos secundarios sistémicos, además de ser muy eficaces para aliviar la congestión nocturna.

DESCONGESTIVOS ORALES	DOSIFICACIÓN		
	EDADES		
	2-6 años	6-12 años	ADULTO
FENILPROPANOLAMINA	12.5 mg / 8 h. 25 mg/día	25 mg / 8 h. 75 mg/día	25 mg / 6 h. ó 8 h. máx. 100 mg/día
FENILEFRINA			5-20 mg / 6-8 h. máx. 60 mg/día
PSEUDOEFEDRINA	12 mg / 6 h. máx. 60 mg/día	30 mg / 6 h. 120 mg/día	60 mg / 6 h. máx. 240 mg/día

En los casos detallados a continuación escogeremos, a ser posible, una especialidad farmacéutica sin descongestivo oral:

- hipertensión arterial y enfermedad cardíaca
- hipertiroidismo
- diabetes
- tratamiento con IMAO
- glaucoma de ángulo cerrado
- embarazo y lactancia

DESCONGESTIVOS TÓPICOS	DOSIFICACIÓN		
	2-6 años	6-12 años	ADULTO
FENILEFRINA	0.125% - 2-3/4 h.	0.25% - 2-3/4 h.	0.5% - 2-3/4 h.
XILOMETAZOLINA		0.05% - 2-3 gotas / 8-10 h.	0.1% - 1-2 neb / 8-10 h.
OXIMETAZOLINA	0.025% - 2-3 gotas / 12 h.	0.025% - 2-3 gotas / 12 h.	0.05% - 2-3 neb / 12 h.
TRAMAZOLINA		0.01% - 1-2 / 6 h.	0.1% - 2-3 / 4-6 h.
NAFAZOLINA		0.025% - 2-3 / 4 h.	0.05% - 2-3 / 4 h.
METOXAMINA			0.25%

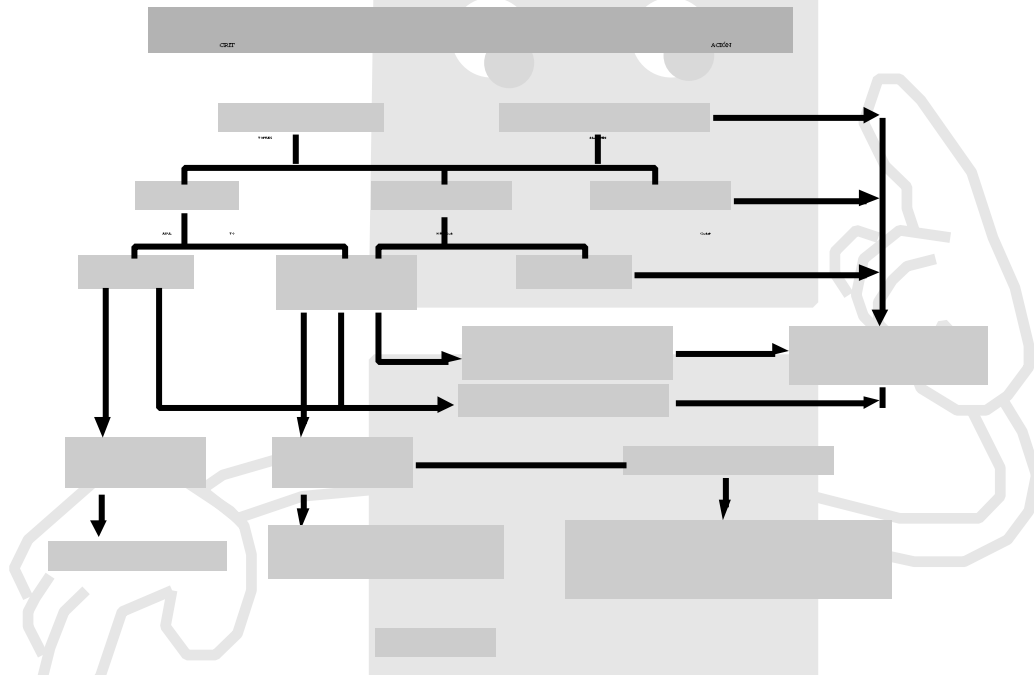
Los descongestivos tópicos de acción prolongada (8-12 h.), están menos asociados a un posible efecto rebote, causando menos rinitis medicamentosa, por tanto la oximetazolina y la xilometazolina, son los principios activos de elección.

Consejos a dar para su utilización:

- máximo tres días
- uso individual, limpiándolo después de cada aplicación y desechar al cabo de un mes
- se administran preferentemente por la mañana y antes de acostarse
- gel/pomada: aplicar una pequeña cantidad en cada fosa nasal, procurando que se distribuya uniformemente, para ello se aconseja efectuar un masaje externo
- nebulizadores/sprays: mejor para adultos y mayores de 6 años. Se han de aplicar en posición vertical, presionando una vez en cada fosa nasal; a los tres o cinco minutos sonarse para extraer el moco. En caso que siga la congestión, se puede repetir la aplicación
- gotas: para niños menores de 6 años; mejor sentados o en posición reclinada, colocando la cabeza hacia atrás y moviéndola después hacia delante. Para evitar la comunicación con la boca, debemos tapar la nariz.

TOS

Normalmente los procesos catarrales van acompañados por tos, que puede ser seca o productiva.



¿En qué situaciones derivaremos al médico?:

- niños menores de dos años
- niños mayores de dos años con tos seca
- tos que dura más de dos semanas
- presencia de esputos purulentos con o sin fiebre
- dolor torácico

– La tos seca asociada a un resfriado la trataremos con un antitusígeno, siendo el dextrometorfano de elección frente a la codeína por tener ésta más efectos centrales, producir estreñimiento y además necesita receta del médico. Podremos asociar un antitusígeno a una tos productiva cuando esta tos no permite descansar bien por la noche.

– La tos productiva la trataremos con mucolíticos y expectorantes.

ANTITUSÍGENOS MUCOLÍTICOS EXPECTORANTES	DOSIFICACIÓN		
	2-6 años	7-12 años	ADULTO
DEXTROMETORFANO	2.5-7.5 mg / 4-8 h. máx. 30 mg / 24 h.	10-30 mg / 4-8 h. máx. 60 mg / 24 h.	30 mg / 6-8 h. máx. 120 mg/día
AMBROXOL	100 mg / 12 h.	100 mg / 8 h.	30 mg / 8-12 h. máx. 120 mg/día
BROMHEXINA	4 mg / 12 h.	4 mg / 6 h.	8-16 mg / 8 h.
ACETILCISTEÍNA*	100 mg / 12 h.	100 mg / 8 h.	200 mg / 8 h.
CARBOCISTEÍNA	62.5-125 mg / 6 h.	250 mg / 8 h.	750 mg / 8 h.
GUAIFENESINA**	50-100 mg / 4 h.	100-200 mg / 4 h.	200-400 mg cada 4 h.

* Hasta este momento la acetilcisteína necesita receta médica y no estará en el protocolo.

** Normalmente las E.F.P. que contienen Guaiifenesina, están infradosificadas, cosa que tendremos en cuenta a la hora de la elección.

También debemos conocer el contenido de sacarosa de las E.F., para tenerlo en cuenta a la hora de aconsejar a una persona diabética.

TIPO DE PACIENTE	ANALGÉSICO	DESCONGESTIVO oral / tópico	ANTIISTAMÍNICO	ANTITUSIVO MUCOLÍTICO EXPECTORANTE	SACAROSA
ANCIANO	Paracetamol	SÍ	Precaución R.A.M. (sequedad boca, retención orina...)	SÍ	
ASMÁTICO	Paracetamol (no dosis altas)	SÍ	Desaconsejado	NO	
DIABÉTICO	Paracetamol	Solución salina	SÍ	SÍ	NO
ÚLCERA PÉPTICA	Paracetamol	SÍ	SÍ	No Muco. / Exp.	

TIPO DE PACIENTE	ANALGÉSICO	DESCONGESTIVO oral / tópico	ANTIISTAMÍNICO	ANTITUSIVO MUCOLÍTICO EXPECTORANTE	SACAROSA
EMBARAZO	Paracetamol	Vahos Solución salina	Desaconsejado	Todos Desaconsejados	
LACTANCIA	Paracetamol	Vahos / S. salina Oximetazolina Xilometazolina 3 días	Desaconsejado	Todos Desaconsejados	
HEPATOPATÍA ALCOHOLISMO	Ibuprofeno AAS	SÍ	Desaconsejado (sedación)	SÍ	
ANTICOAGULANTES	Paracetamol	SÍ	SÍ	SÍ	

TIPO DE PACIENTE	ANALGÉSICO	DESCONGESTIVO oral / tópico	ANTIISTAMÍNICO	ANTITUSIVO MUCOLÍTICO EXPECTORANTE	SACAROSA
GLAUCOMA ÁNGULO CERRADO	Paracetamol	Vahos Solución salina	Contraindicado	SÍ	
HIPERTIROIDISMO	Paracetamol	Vahos / S. salina	SÍ	SÍ	
H.T.A.	Paracetamol	Vahos / S. salina Oximetazolina Xilometazolina 3 días	SÍ	SÍ	
PATOLOGÍA CARDÍACA	Paracetamol	Vahos Solución salina	SÍ	SÍ	

TIPO DE PACIENTE	ANALGÉSICO	DESCONGESTIVO oral / tópico	ANTIISTAMÍNICO	ANTITUSIVO MUCOLÍTICO EXPECTORANTE	SACAROSA
A.D. TRICÍCLICOS IMAO	Paracetamol	Vahos Solución salina	IMAO NO	No Dextrometorfano Muco. / Exp. Sí	
EPILEPSIA	Paracetamol	Vahos Solución salina	NO	Dextrometorfano con precaución Muco. / Exp. Sí	
HIPERTROFIA PROSTÁTICA	Paracetamol	SÍ	NO	SÍ	

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA GRIPE

El mercado español dispone de dos fármacos para el tratamiento de la gripe, uno es la amantadina, comercializada a partir de 1968, el cual presenta la indicación del tratamiento y prevención de la gripe y el zanamivir, comercializado en 1999 el cual en España sólo presenta la indicación del tratamiento de la gripe; en Estados

Unidos presenta también la indicación de la prevención. En Estados Unidos, disponen además de otros dos fármacos como el oseltamivir y la rimantadina.

El zanamivir y el oseltamivir son inhibidores de la neuraminidasa y actúan frente al virus de la gripe A y B. En España sólo está aprobada de momento el zanamivir bajo la indicación del tratamiento de la gripe, siempre que se utilice dentro de las primeras 48 horas después de la aparición de los síntomas. La neuraminidasa es un enzima que libera los residuos terminales de ácido siálico de las moléculas de glúcidos presentes en la superficie de las células huésped y en la cápsula de los virus. Este proceso es indispensable para la liberación de nuevos virus. La inhibición de este enzima impide la propagación de la enfermedad.

El zanamivir se presenta en forma de polvo para inhalación con el dispositivo rotadisk. Debe administrarse por vía inhalatoria a dosis de 10 mg (2 inhalaciones) cada 12 horas, durante cinco días. Es necesario administrar previamente un broncodilatador para minimizar el riesgo de broncoconstricción y de distrés respiratorio que han aparecido en pacientes broncópatas. No está permitida su utilización en niños menores de 7 años ni en pacientes asmáticos o afectados de EPOC. Tampoco se recomienda su utilización en embarazadas (categoría C de la FDA) ni en madres lactantes. El zanamivir, presenta una biodisponibilidad (Bd) muy baja, la Bd por vía inhalada es de 4 al 25%. Se une en muy baja proporción a proteínas plasmáticas (<10%), presenta un volumen de distribución de 17 L. Se elimina de forma inalterada por riñón y no necesita ajuste de dosis en caso de insuficiencia renal. Su semivida de eliminación es de 2,5 – 5 horas.

El oseltamivir es un profármaco que se convierte tras su paso por el hígado y por el efecto de la hidrólisis hepática al fármaco farmacológicamente activo, el oseltamivir carboxilato. Debe administrarse antes de 48 horas de iniciarse los síntomas a dosis de 75 mg / 12 horas durante 5 días. El oseltamivir fosfato y el carboxilato se eliminan por riñón de forma inalterada, habiéndose de reducir la dosis a la mitad en insuficiencia renal, (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) la semivida del oseltamivir fosfato es de 1-3 horas y la del metabolito activo de 6-10 horas. Como efecto adverso más frecuente se han descrito las náuseas y los vómitos.

La amantidina y la rimantidina son dos antivíricos, estructuralmente relacionados, activos frente al virus de la influenza A pero no frente al virus de la influenza B. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la actividad de la proteína M2, impidiendo la penetración del virus en la célula huésped. Tiene una eficacia muy alta (70-90%) si actúa como preventivo. También es capaz de reducir la sintomatología de la gripe declarada, si se administra dentro de las primeras 48 horas de aparición de los síntomas y se mantiene 48 horas hasta su remisión. El principal problema de la amantadina es la tolerancia. En numerosos pacientes se han descrito alteraciones gastrointestinales como náuseas y vómitos, aunque también han aparecido efectos anticolinérgicos y alteraciones dermatológicas. También son frecuentes la aparición de resistencias.

La amantidina se administra por vía oral, a dosis de 100 –200 mg/día, que debe reducirse en caso de insuficiencia renal. Presenta una buena biodisponibilidad por vía oral y se elimina de forma inalterada por la orina (80-90%). La semivida de eliminación es de 10-28 horas. No debe utilizarse ni en el embarazo ni en la lactancia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Hansten P. Interacciones farmacológicas. Barcelona: Doyma, 1988
- 2.Lüllmann H, Mohr K, Ziegler A. Atlas de farmacología. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas, 1992
- 3.Semla T, Beizer J, Higbee M. Geriatric dosage handbook. Hudson: AphA 4th edition 1998-1999
4. Taketomo C, Hodding J, Kraus D. Pediatric dosage handbook. Hudson: AphA 4th edition 1999-2000
5. Drug treatment Protocols. Washington: AphA, 1 th edition 1999
6. Martindale. The complete drug reference. London: Pharmaceutical Press, 1999
7. Page C, Curtis M, Sutter M, Walker M, Hoffman B. Farmacología integrada. Madrid: Harcourt España, 1998
8. Gallach M, Gascon MP, Gaspà J. Protocolo: Refredat Comú/ Grip. Barcelona: COF Barcelona, 1993
9. Bassons MT, Cachà F, Ferrés J. Protocolo: tos. Barcelona: COF Barcelona, 1993
10. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de especialidades farmacéuticas. Madrid: Einsa, 2000
11. Tortora GJ, Grabowski SR. Principles of anatomy and physiology. New York: HarperCollins, 8 th edition 1996
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Información de medicamentos: Consejos al paciente. Madrid: Einsa, USP-DI 11 the edition 1992
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Información de medicamentos para el Profesional Sanitario. Madrid: Din, USP-DI 14 th edition 1995
14. El Manual Merck. Madrid: Harcourt, 10 th edition 1999
15. García AG, Gandía L. Intercon 1998/1999. Madrid: Edimsa, 1998
16. Aranzana F. Descongestivos nasales. Offarm 1998; 17 (10): 55-59
17. Agirre MC, del Arco J. Protocolos de atención farmacéutica: Gripe y Resfriado. Farmacia Profesional 1998; 12(2):38-62
18. Sánchez AB, Salcedo I, Carretero MB, Herrero M, Mascías CA, Panadero FJ. Gripe. PAM 2000; 24 (230): 40-44
19. Martín A, Cordon R. Resfriado Común. PAM 1999; 23 (229): 940-943
20. Quintas AM, Fidalgo L, Fosalba M, Facultad de Farmacia Alcalá de Henares. Curso: Materia de atención farmacéutica propuesta por Atención Primaria. Madrid, 1999-2000.

Información de nuevos medicamentos



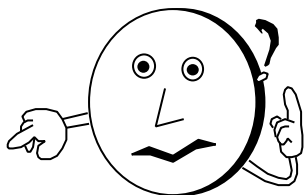
Aporta mejoras



Eventualmente
útil



No aporta nada
nuevo



BUPROPIÓN (ANFEBUTAMONA)

El bupropión es un antidepresivo, de segunda generación, recientemente comercializado en España, para el tratamiento de la dependencia del tabaco junto con ayuda motivacional.

MECANISMO DE ACCIÓN:

No se ha establecido exactamente el mecanismo de acción del bupropión, aunque su actividad parece relacionada con su acción a nivel de diversos neurotransmisores. El bupropión inhibe la recaptación de noradrenalina, la cual afecta a áreas del cerebro relacionadas con las propiedades de refuerzo y adicción a las drogas, y de dopamina que parece relacionada con el síndrome de abstinencia tabáquico. Todo ello se lleva a cabo sin afectar a la transmisión serotoninérgica.

FARMACOCINÉTICA:

La absorción del bupropión no está totalmente determinada, aunque parece que se absorbe, al menos, en un 87%, y que no se ve afectada por la ingesta de alimentos. Se distribuye ampliamente, presentando una unión a proteínas plasmáticas de un 84%. Se metaboliza en el hígado, dando lugar a metabolitos activos que pueden presentar concentraciones plasmáticas mayores que las del propio bupropión. Estos metabolitos activos se metabolizan y posteriormente se eliminan por la orina (87%) y heces (10%).

EFECTOS ADVERSOS:

Las reacciones adversas a veces se solapan con las propias de la retirada de nicotina. Las más frecuentes son cefalea, rinitis, boca seca e insomnio. Con las formas de liberación rápida se describieron casos de convulsiones que no se han confirmado con las formas de liberación retardada usadas en la deshabituación. Aún así, se deben usar con precaución en enfermos con historia de convulsiones, anorexia, consumidores de grandes cantidades de alcohol o traumatismos craneales.

POSOLOGÍA:

El tratamiento debe iniciar al menos una semana antes del abandono del tabaco, con 150 mg al día durante tres días, para luego pasar a la dosis de mantenimiento de 150 mg dos veces al día (las dosis separadas al menos 8 horas), la cual no se debe superar. La duración del tratamiento es de siete a doce semanas.

PAPEL EN TERAPÉUTICA:

El bupropión ha demostrado en ensayos que es más efectivo que placebo, en el abandono del tabaco. En un ensayo clínico en que se estudió bupropión frente a parches de nicotina como apoyo a medidas motivacionales, para dejar de fumar durante un año, el bupropión fue al menos el doble de efectivo. En este mismo estudio, se observó que los pacientes sometidos a ambos tratamientos presentaron una mejor tasa de abandono del tabaco, pero estos últimos resultados no fueron estadísticamente significativos. Por último, diversos estudios han demostrado que con bupropión se produce menor ganancia de peso que con placebo en aquellos pacientes que abandonan el hábito de fumar.

CONCLUSIONES:

El bupropión es una nueva alternativa que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de deshabituación del tabaco. Los estudios llevados a cabo con parches de nicotina, parecen indicar que el bupropión es más efectivo en la deshabituación tabáquica que la terapia sustitutiva de nicotina y que puede presentar efectos aditivos con el mismo. En general, se trata de un fármaco bien tolerado, aunque por su posible papel proconvulsivante se ha de usar con precaución en enfermos con historia de convulsiones, anorexia, consumidores de grandes cantidades de alcohol o traumatismos craneales.

DISPONIBILIDAD COMERCIAL:

Bupropión	Zyntabac®	Glaxo-wellcome
	30 Comp. de 150 mg	PVP: 12.744 ptas.
	60 Comp. de 150 mg	PVP:
	Quomem®	Esteve
	30 Comp. de 150 mg	PVP: 12.744 ptas.
	60 Comp. de 150 mg	PVP:

BIBLIOGRAFÍA:

1. Anónimo. Bupropion to AID Smoking Cessation. DTB. 2000; 38 (10): 73-75.
2. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent Advances in the Pharmacotherapy of Smoking. JAMA. 1999; 281 (1): 72-76.
3. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA et al. A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation. N Engl J Med. 1999; 340 (9): 685-691.
4. Clemente ML, Pérez Trullén A, Carreras JM, Marrón R, Montañés C, Rubio E. Tratamientos Farmacológicos del Tabaquismo no Nicotínicos. Aten Farm. 1999; 1 (4): 357-367.
5. Drugdex Information System. MICROMEDEX Inc. Englewood, Colorado (expedition data 06/2000). Drug Evaluation Monograph of Bupropion.
6. Base de datos del medicamento en www.cof.es/bot.

Información y suscripciones:

DICAF, S.L. – C/. Muntaner, 560, pral. 1.^a – 08022 BARCELONA
Tel. 93 211 30 93 – E-mail: dicaf@lix.intercom.es

Edita: The Pharmaceutical Letter - DICAF, S.L.
c/. Muntaner, 560, pral. 1.^a - 08022 BARCELONA
ISSN: 1575-3611 – N.I.F.: B-61640439
Imprime: Gráficas Gispert, S.A. - Depósito Legal: GI-557/1999